

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 19

A PROPOS DE DEUX CAS DE TUMEURS DES MAXILLAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Février 1927

PAR

Jean VAUVILLIER

Né le 26 Avril 1899, à Montpellier

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

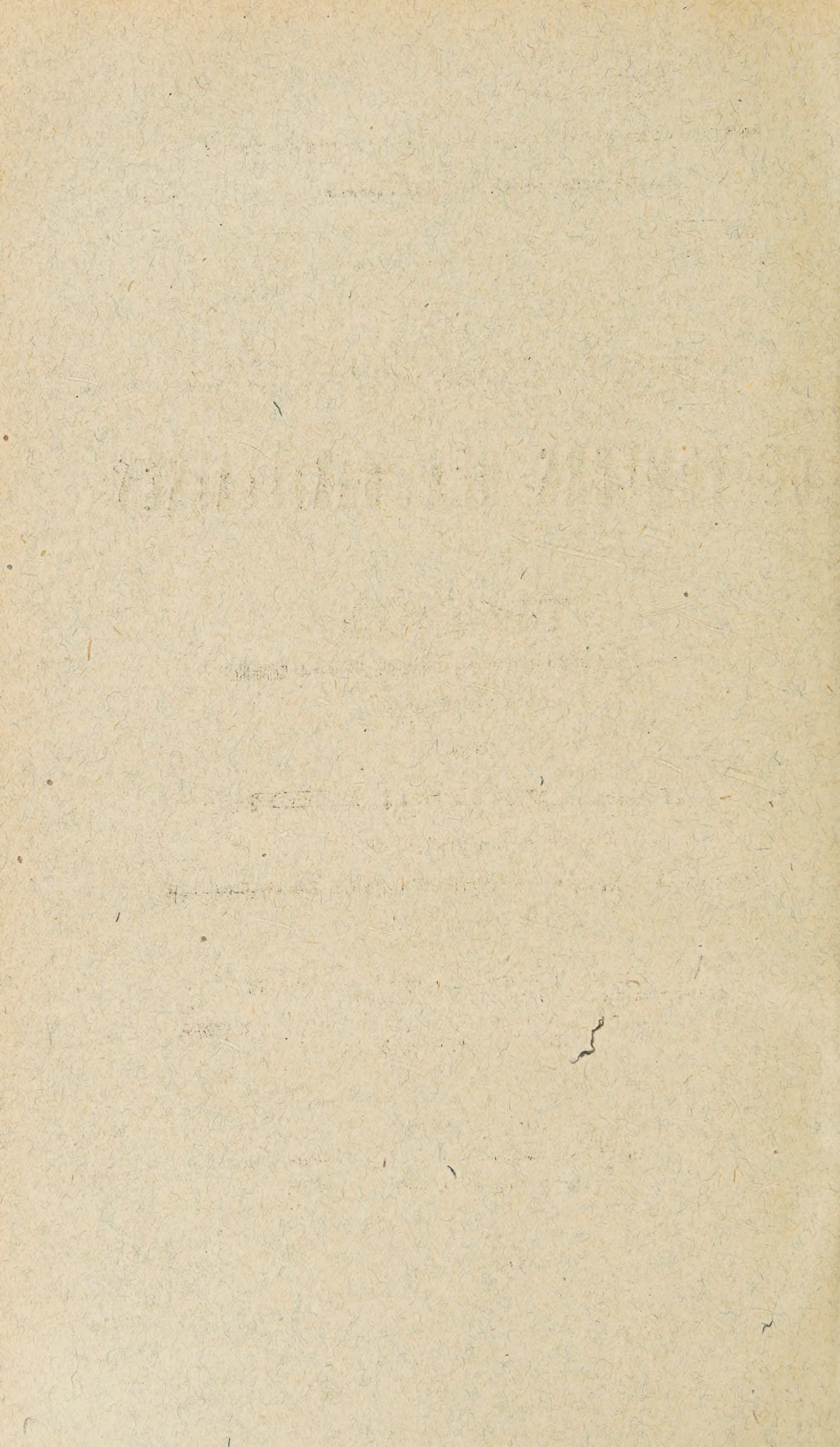
Examineurs de la Thèse	{	GRYNFELTT, <i>Professeur, Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		MOURET, <i>Professeur.</i>		
		LAPEYRE, <i>Agrégé.</i>		
		LAMARQUE, <i>Agrégé.</i>		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU

19, Avenue de Toulouse, 19

—
1927



**A propos de deux cas
de Tumeurs des Maxillaires**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 19

A PROPOS DE DEUX CAS DE TUMEURS DES MAXILLAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Février 1927

PAR

Jean VAUVILLIER

Né le 26 Avril 1899, à Montpellier

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	GRYNFELTT, <i>Professeur, Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		MOURET, <i>Professeur.</i>		
		LAPEYRE, <i>Agrégé.</i>		
		LAMARQUE, <i>Agrégé.</i>		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU

19, Avenue de Toulouse, 19

1927

PERSONNEL DE LA FACULTE

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
Physiologie		HEDON (E.).
Chimie biologique et médicale		DERRIEN.
Physique médicale		PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	N...	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique		LISBONNE.
Microbiologie		BOSC.
Pathologie et thérapeutique générales		RIMBAUD.
Pathologie médicale et clinique propédeutique		VIRES.
Thérapeutique et matière médicale		BERTIN-SANS.
Hygiène		GAUSSEL.
Médecine légale et médecine sociale		DUCAMP.
Clinique médicale		VEDEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE, assesseur.
Clinique obstétricale		ESTOR.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		DELMAS.
Clinique ophtalmologique		EUZIERE, doyen.
Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge		TRUC.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		LEENHARDT.
Clinique gynécologique		MASSABUAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		De ROUVILLE.
Clinique des maladies des voies urinales		MOURET.
Accouchements (ch. de c.)		JEANBRAU.
Pharmacologie (ch. de c.)	N...	
Matière médicale (ch. de c.)		GALAVIELLE.
Clinique propédeutique de chirurgie (ch. de c.)		CABANNES.
		RICHE.

HONORARIAT

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires:

MM. RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, L. VALLOIS.

Secrétaire honoraire: M. IZARD.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie	MM.	DELMAS (J.).
Clinique propédeutique de chirurgie		RICHE, professeur.
Histologie		TURCHINI.
Physiologie		HEDON (L.).
Chimie appliquée à la clinique		Docteur CRISTOL.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie externe		ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale		LAPEYRE.
Accouchements		DELMAS (P.), professeur.
Pathologie médicale		GIRAUD.
Pharmacologie		GALAVIELLE, professeur.
Matière médicale		CABANNES, professeur.
Hydrologie et Climatologie		GIRAUD.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT.
Clinique des maladies des vieillards		BOUDET.
Stomatologie		Docteur WATON.



AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
	MARGAROT.	Ophtalmologie	VILLARD.
Médecine	GIRAUD.	Anatomie	DELMAS (J.).
	BOUDET.	Chimie	N...
	CARRIEU.	Histologie	TURCHINI.
Chirurgie	ETIENNE.	Physique	LAMARQUE.
	LAPEYRE.	Physiologie	HEDON (L.).

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. GRYNFELTT, profes., président.	MM. LAPEYRE, agrégé.
MOURET, professeur.	LAMARQUE, agrégé.

La Faculté de Médecine déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE D'EDWIN ROHAN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ED. GRYNFELT
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MOURET
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPEYRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAMARQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. AIMES
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A propos de deux cas de Tumeurs des Maxillaires

INTRODUCTION

Le but initial du présent travail était de montrer que la radiographie, à qui l'on doit tant de précieux renseignements en matière de tumeurs osseuses, peut donner aussi quelques mécomptes si on ne l'interprète pas à la lumière de la clinique et de l'histologie. Nous avons eu, en effet, l'occasion de connaître un cas, grâce à l'obligeance de M. le docteur Aimes, où une image d'ostéosarcome des mâchoires correspondait à une tumeur inflammatoire. Dans un second cas, du même auteur, le microscope montrait aussi des lésions inflammatoires et la présence de tissu osseux permettait d'admettre que, si une radiographie eût été pratiquée, elle aurait probablement donné lieu à la même interprétation.

Ce n'est pas discréditer une méthode que d'en montrer les défaillances, rares d'ailleurs. Il nous a paru intéressant de souligner celle que nous avons pu constater, pour éviter des erreurs parfois préjudiciables au malade. Mais aussi nous avons pu nous rendre compte, en étudiant la bibliographie de notre sujet, que l'on

éprouve une réelle difficulté à se faire une idée synthétique du diagnostic clinique des tumeurs des mâchoires. D'autre part, il nous a semblé que, si la valeur de la radiographie dans les tumeurs osseuses en général a été étudiée d'une façon très méthodique et très complète par les auteurs français, peu de chose a été écrit par contre sur le diagnostic radiologique des tumeurs des maxillaires.

Il nous a donc paru opportun d'élargir notre sujet en donnant, à la suite de nos deux observations personnelles, une petite synthèse clinique d'abord, et en second lieu, une étude sur le radiodiagnostic des tumeurs des mâchoires, d'après les auteurs américains.

A ces deux premiers chapitres nous avons cru devoir en ajouter un troisième que nous a suggéré la difficulté de trancher le diagnostic microscopique entre les tumeurs dont nous rapportons l'étude anatomo-clinique et certains sarcomes. L'idée n'est pas très originale certes et nous ne prétendons nullement au mérite de la nouveauté; mais nous avons pensé que, suivant l'expression de MM. Bergeret et Renaud, « au moment où il paraît nécessaire de préciser, sinon de réviser, certaines de nos conceptions sur la malignité des tumeurs conjonctives, il n'est pas inutile d'apporter, en manière de documentation, toutes les observations dont l'étude présente un intérêt au point de vue de la classification et du pronostic de ces tumeurs ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Aimes)

Madame S..., âgée de 48 ans, présente depuis plusieurs mois une petite grosseur au niveau de l'alvéole de la canine supérieure droite.

Antécédents nuls.

La tumeur s'est développée sans douleurs; elle détermine seulement une gêne du fait du développement qu'elle acquiert peu à peu.

Elle a saigné à plusieurs reprises, mais il n'y a jamais eu d'hémorragie sérieuse.

A l'examen, on constate une denture en fort mauvais état.

Au niveau de la canine supérieure droite, remplacée par un petit chicot noir (comme d'ailleurs les incisives), on trouve une masse arrondie, rouge sale, tomenteuse, donnant à la palpation une sensation mollassse. Son volume est celui d'une noisette approximativement, d'une fraise de moyenne grosseur. Elle se mobilise légèrement sur son pédicule d'arrière en avant, décou-

vrant le chicot de la canine qu'elle recouvre sans y adhérer.

En avant, la tumeur se fixe étroitement par une zone d'implantation d'un centimètre environ transversalement sur le rebord gingival. En hauteur, le point d'insertion ne s'élève guère au-dessus du rebord gingival.

L'exploration digitale, même prudente, fait saigner la surface de la tumeur.

La masse de l'épulis est divisée en deux parties par un profond sillon qui sépare deux lobes inégaux, l'un supérieur et gauche volumineux, l'autre inférieur et droit tout petit.

La malade demande à être débarrassée de cette excroissance gênante.

Sous anesthésie locale à la scurocaïne, la masse est facilement enlevée; les chicots sont extraits aussi aisément. Il reste alors deux logettes, reste des alvéoles de la canine et l'incisive latérale droites avec des débris du pédicule de l'épulis. Quelques coups de pince gouge abrasent profondément le rebord du maxillaire et donnent une plaie opératoire nette, sans débris, sans récessus. Tamponnement à la gaze iodoformée. La cicatrisation est relativement rapide.

Aux dernières nouvelles (juillet 1926), il ne s'est produit aucune récidive.

L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Grynfeldt, a donné les résultats suivants:

L'ensemble de la préparation est constitué par du tissu de granulation avec néo-capillaires très larges. On peut schématiquement distinguer suivant l'aspect

du stroma, deux zones distinctes: l'une superficielle, présente une infiltration leucocytaire assez abondante constituée par de gros plasmocytes et des lymphocytes et un stroma fibreux relativement peu important; la seconde, profonde, présente une trame fibreuse beaucoup plus dense avec de place en place, quelques travées osseuses. De loin en loin, apparaissent de rares cellules géantes qui n'offrent pas les caractères des myéloplaxes. En aucun point on ne trouve d'aspect sarcomateux. Il s'agit d'une tumeur inflammatoire.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le docteur Aimes)

Mlle Alice P..., âgée de 23 ans, vue pour la première fois le 29 octobre 1925.

Pas d'antécédents personnels. Les parents sont en bonne santé; un de leurs six enfants est mort à 4 ans de méningite.

Depuis un an, la malade a remarqué l'apparition d'une tumeur à la mâchoire inférieure, du côté droit, qui augmente progressivement de volume. Depuis trois mois surtout, le développement s'est accentué, sans s'accompagner de douleurs ni spontanées, ni provoquées. Il n'y a pas non plus de gêne fonctionnelle; pas d'ulcération ni d'hémorragie.

A l'examen on trouve au niveau de la première molaire inférieure droite, une tumeur dure, nettement

arrondie, s'étendant en longueur sur quatre ou cinq centimètres, développée surtout sur la partie antérieure de l'os, la lame postérieure étant bien conservée.

En hauteur, la tumeur intéresse presque toute l'étendue du maxillaire, une petite lame d'os est cependant conservée en bas.

La radiographie pratiquée par M. le docteur Parès, montre une tumeur nettement limitée par une coque osseuse qui paraît souffler la table externe de l'os, de forme légèrement ovoïde. L'intérieur de la coque est occupé par une série de logettes que prennent en s'entrecroisant sous divers angles des travées osseuses assez nombreuses. Une telle image est en faveur du diagnostic d'ostéosarcome.

Le 7 novembre 1925, sous anesthésie locale à la scurocaïne en solution à un pour cent, intervention par voie buccale. Toute la partie antérieure de la coque osseuse, très mince, est enlevée à la pince gouge. On tombe sur un masse néoplasique rouge, très vasculaire, molle, qu'on enlève facilement à la curette. La cavité osseuse étant complètement vidée de son contenu, on enlève la plus grande partie possible de l'os formant la paroi de cette cavité. On ne respecte qu'une lame osseuse suffisante pour assurer la solidité de la branche du maxillaire.

La cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Pansements réguliers. Le 5 décembre 1925, toute la cavité est bien cicatrisée et régulièrement recouverte d'une muqueuse d'aspect normal.

La malade a depuis été suivie très régulièrement; la guérison s'est parfaitement maintenue.

EXAMEN MICROSCOPIQUE (*Professeur Grynfeldt*). — Le fragment examiné (n° 1723), est constitué par une masse de tissu conjonctif, remarquable par l'abondance des fibroblastes et les dimensions qu'ils y acquièrent. Entre eux la substance fondamentale apparaît considérablement réduite et la trame collagène y est représentée le plus souvent par un feutrage dense de fibrilles isolées, non groupées en faisceaux, formant une sorte de réseau dont les mailles enveloppent les cellules fixes. En quelques points cependant, cette trame prend une structure franchement fibroïde et est constituée par des faisceaux conjonctifs entrecroisés en tous sens.

Les mitoses sont très rares et les monstruosités nucléaires font totalement défaut.

Par contre, dans les régions où les capillaires sanguins sont très largement développés, on relève la présence de nombreux myéloplaxes et en ces points la tumeur revêt l'aspect classique d'un sarcome à myéloplaxes.

Sur un des côtés de la pièce, vraisemblablement en une région adjacente au point d'implantation du bourgeon prélevé sur la paroi osseuse de la cavité du maxillaire, ce tissu sarcomatoïde est criblé de travées osseuses; les uns, à structure nettement lamellaire, sont constituées par du tissu osseux vrai; les autres, non lamellaires, sont formés de tissu ostéoïde.

Il s'agit d'un ostéo-angio-fibrome hypertrophique, d'origine inflammatoire, ainsi que semble l'indiquer la présence de nodules à mononucléaires disposés autour de certains vaisseaux.

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

DES TUMEURS DES MAXILLAIRES

Comment se présente, en clinique, le problème diagnostique des tumeurs des mâchoires?

L'interrogatoire du malade peut, en tout premier lieu, fournir d'utiles renseignements. Il nous révélera tout d'abord, si la tumeur s'est installée d'une manière torpide ou si son apparition a été accompagnée d'un cortège de symptômes inflammatoires locaux ou généraux, si le développement a été lent ou rapide, si des douleurs, des avulsions dentaires l'ont précédé ou encore s'il s'est agi d'une simple gêne progressive apportée à la mastication, si au point d'apparition, il n'a pas été remarqué l'absence d'une dent n'ayant pas effectué son évolution régulière, si la consistance de la tumeur est restée la même durant tout le cours de l'évolution ou si elle s'est modifiée, si l'état général du malade a été plus ou moins altéré, s'il s'est produit des hémorragies.

En possession de ces données, nous allons passer à l'examen de la tumeur, apprécier son siège, son volume, son aspect, sa consistance, son extension, sa façon de réagir à l'exploration (douleurs provoquées, hémorragies), son retentissement possible sur les

zones ganglionnaires correspondantes; s'il y a eu fistulisation l'os sera exploré au stylet.

Un premier point sera ordinairement facile à trancher: c'est l'existence d'une tumeur inflammatoire aiguë. Deux états peuvent être à l'origine d'une inflammation aiguë: la périostite et l'ostéomyélite primitive. Le malade présente une tuméfaction unilatérale de la joue, quelquefois aussi du trismus. Dans la périostite aiguë, on voit que la tuméfaction est en relation avec une dent cariée le plus souvent; toutefois, la dent peut être saine en apparence, dans ce cas « elle se signalera à notre attention par l'effacement du sillon gingivolabial » (De Quervain). L'ostéomyélite aiguë, plus rare, s'accompagne de manifestations plus bruyantes et elle ne se montre pas en rapport avec une lésion dentaire.

Dans certains cas, la poussée inflammatoire s'est produite sans bruit et l'on a affaire à un maxillaire épaissi, présentant parfois des fistules: si l'on n'a pas la notion d'une atteinte aiguë antérieure ou si l'on ne trouve pas de séquestre, quatre affections seront à discuter: *la tuberculose, l'actinomycose, la syphilis, la nécrose du phosphore*. Nous serons bref pour cette dernière affection, exceptionnelle en nos régions, que caractérisent un début par douleurs violentes, la formation d'abcès avec réaction périostique du maxillaire et enfin l'élimination spontanée partielle ou totale de l'os.

« La *tuberculose* réalise une tuméfaction assez nettement circonscrite de l'os à allure traînante, parfois accompagnée de fistules ou d'une ulcération gingivale.

Toujours, il y a atteinte des ganglions cervicaux correspondants.

L'*actinomyose* se présente comme une inflammation dure, assez diffuse, parsemée de zones de ramollissement brun-rougeâtre. Le diagnostic sera aidé dans les deux affections qui précèdent par la ponction de la masse inflammatoire et l'examen du pus : en cas d'*actinomyose*, on retrouvera facilement les grains jaunes caractéristiques, en cas de tuberculose, le bacille de Koch pourra être décelé par examen direct (Larrouyet) ou après inoculation au cobaye.

La *sypilis* se traduit par une tuméfaction indolore avec teinte cuivrée spéciale de la muqueuse, où l'on distingue plusieurs foyers. Il peut y avoir fistulisation et le stylet tombe alors sur une surface osseuse ramollie, nécrosée, sans séquestre le plus souvent. Le diagnostic se fondera sur ces caractères, sur les antécédents, sur les signes concomitants, sur la réaction de Bordet-Wassermann et enfin sur le résultat du traitement d'épreuve.

L'existence d'une tumeur inflammatoire se trouvant désormais éliminée, nous avons affaire à tout le groupe des tumeurs proprement dites. Nous les étudierons successivement au niveau du maxillaire inférieur et au niveau du maxillaire supérieur en raison de certains diagnostics différentiels particuliers à ce dernier siège. Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre des deux mâchoires, un premier élément est à considérer qui peut donner une appréciation sur la malignité du néoplasme : c'est la plus ou moins grande rapidité de développement, l'extension aux parties molles voisines,

la douleur. Voyons comment se passent les choses au niveau du maxillaire inférieur tout d'abord :

1° Il s'agit d'une TUMEUR CENTRALE, DÉVELOPPÉE DANS LE CORPS DE L'os, à développement lent, douloureuse ou non. On peut alors avoir affaire soit à une tumeur conjonctive bénigne (fibrome, chondrome, ostéome), soit à un kyste, soit à une tumeur d'origine dentaire. En faveur du kyste, plaideront dans une certaine mesure, l'âge du malade (le kyste se montre généralement au cours de l'évolution dentaire), le siège à distance du bord libre du maxillaire et plutôt vers la face externe, l'absence d'anomalies ou de nombre des dents voisines. Si le kyste est assez développé, on notera un signe de valeur : la crépitation parcheminée et dans les cas heureux on pourra apprécier la transparence de la tumeur. Dans les kystes multiloculaires on peut parfois déceler des zones fluctuantes. La ponction enfin donnera issue à un liquide caractéristique.

Les tumeurs d'origine dentaire s'observent ordinairement chez des sujets jeunes ; à leur niveau on constate l'absence d'une dent qui n'a pas fait son évolution régulière. Leur siège de prédilection est en arrière des prémolaires. Ces tumeurs font saillie sur les deux faces de l'os ; leur consistance est dure ordinairement, mais on peut percevoir aussi, à la palpation la crépitation parcheminée. D'après Broca, quand une tumeur trouvée molle à un premier examen est devenue dure par la suite, on pourrait affirmer qu'il s'agit d'un odontome ;

2° TUMEUR CENTRALE A DÉVELOPPEMENT RAPIDE. —

Quand une tumeur se développe très rapidement au centre de l'os, on a généralement affaire à une tumeur maligne. Le *sarcome central*, encore appelé sarcome myélogène, soulève les deux tables de l'os, proéminent vers l'une ou l'autre des deux faces. Quand la coque osseuse du néoplasme est suffisamment mince, on peut percevoir au palper la sensation de crépitation parcheminée. Plus tard, la coque osseuse est rompue et la tumeur, devenue sous-périostée, présente une extension particulièrement rapide, entraînant des déformations quelquefois très considérables. Jamais il ne se produit de retentissement ganglionnaire et l'état général ne subit pas de fléchissement notable, sauf au moment où des ulcérations se forment, ouvrant la porte aux infections secondaires.

L'*épithélioma* est beaucoup plus rarement observé;

3° TUMEUR DU TYPE ÉPULIS. — Dans cette variété la néoproduction se forme au niveau des arcades dentaires et fait précocement saillie dans la bouche.

La variété la plus fréquente est le *sarcome à myéloplaxes*, tumeur à développement relativement lent malgré sa dénomination. Elle débute par des algies le plus souvent rapportées à une molaire qui peu à peu s'ébranle, tombe, tandis que se calment les douleurs et qu'apparaît dans l'alvéole devenue libre une tumeur rougeâtre. La tumeur est indolente au palper; elle prend peu à peu une teinte violacée, se ramollit, devient parfois le siège de battements et ne retentit nullement sur les ganglions.

Les *épulis fibreuses* se caractérisent par une dureté spéciale, une indolence totale et une très grande lenteur d'évolution.

Le *chondro-sarcome*, le *myxo-sarcome*, observés parfois sous forme d'épulis, n'ont pas de caractéristique clinique nette.

Les *épithéliomas* sont plutôt une affection de l'âge mûr; à l'origine ils déterminent de très violentes douleurs avec irradiations variables. Plus tard, on les voit proliférer en une masse bourgeonnante, extrêmement friable, qui saigne au moindre contact. Les tissus voisins, muqueuse et peau, présentent sans retard une propagation du néoplasme: il s'ensuit des troubles de la déglutition, de la mastication. Le malade laisse écouler de sa bouche une salive fétide et ichoreuse. Les ganglions correspondant au siège de la tumeur sont envahis de façon assez précoce et l'état général s'altère sans tarder;

4° TUMEURS DU TYPE PÉRIOSTIQUE. — Elles sont représentées surtout par des tumeurs de malignité relative, qui répondent histologiquement aux variétés dites sarcome fuso-cellulaire, fibro-sarcome, sarcomes ostéoïdes, enchondrome ostéoïdes d'Estor, chondro-sarcome ostéoïde de Brault, sarcomes ossifiants. Cliniquement, elles ont comme caractères communs, leur indolence, la longue durée de leur évolution, leur absence de retentissement sur les ganglions et sur l'état général du malade. Mais aucune particularité ne saurait les faire reconnaître d'une manière certaine.

Pour ce qui concerne le maxillaire supérieur, les

caractères que nous avons assignés aux tumeurs de la mâchoire inférieure sont également valables. Le diagnostic en est cependant plus malaisé peut-être en raison de l'existence possible d'affections spéciales, telles l'empyème du sinus maxillaire et le polype naso-pharyngien.

L'empyème chronique du sinus présente des alternatives d'écoulement de pus et de rétention. Dans les périodes de rétention la sensibilité locale est intense, et la malade éprouve soit une sensation de tension rythmée, soit des douleurs fulgurantes profondes. Or, au cours des tumeurs malignes du maxillaire supérieur et spécialement dans l'évolution des épithéliomas, il y a fréquemment écoulement de pus, mais les douleurs sont alors violentes et continues, à caractère névralgique. « C'est donc la coexistence de l'écoulement libre avec des phénomènes douloureux qui met sur la piste de la dégénérescence maligne » (De Quervain). La diaphanoscopie, la radioscopie aideront au diagnostic de l'empyème.

Le *polype naso-pharyngien* doit également être pris en considération. Il peut, en effet, au cours de son développement, gagner le sinus maxillaire, l'orbite et en imposer pour une tumeur du maxillaire supérieur. Un examen rhinoscopique attentif montrera l'origine de cette tumeur au niveau du fibro-cartilage basilaire. Son apparition dans l'adolescence chez les sujets mâles seulement, son arrêt au moment où cesse la croissance sont autant de particularités qui peuvent aider à la reconnaître.

Cette étude nous montre que si dans bien des cas, le seul examen clinique permet de classer la tumeur considérée, plus souvent encore il laisse dans l'indécision.

En fait, il n'est pas exceptionnel de voir dans la littérature des exemples d'erreurs commises par maints observateurs: c'est ainsi que Mme Delanoé vit disparaître par un traitement spécifique, une tumeur qu'elle croyait être un sarcome, que Polaillon signale une observation déjà ancienne d'épithélioma présentant tous les signes du sarcome, que Mummery rapporte un cas de sarcome qui fut pris pour un kyste.

Il est donc nécessaire, aussi souvent qu'on en a le moyen, d'adjoindre à la clinique toutes les ressources du laboratoire dont on dispose. Nous allons nous essayer à montrer ce que la radiographie et l'histologie peuvent donner de résultats.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

DES TUMEURS DES MÂCHOIRES

De récents travaux, dont une bonne part est dûe à l'école française (Destot, Tavernier, le Professeur Lecène et ses élèves) ont permis d'établir les caractéristiques radiologiques des tumeurs osseuses en général. On en trouvera le détail dans la thèse de Huet, inspirée par M. le Professeur Lecène, dans la revue générale que viennent de consacrer à cet objet Monlonguet et Lipschitz. Nous schématisons dans le tableau suivant les principales données qui servent à l'interprétation des radiogrammes.

A côté de ces caractères généraux des tumeurs osseuses, il en est qui sont plus spéciaux aux tumeurs des mâchoires. Nous emprunterons les détails qui vont suivre à une étude très documentée d'auteurs américains, New et Figi, Pierson. Nous considérerons avec les premiers auteurs des tumeurs bénignes solides, des tumeurs bénignes kystiques, des tumeurs malignes et des tumeurs inflammatoires.

1° TUMEURS BÉNIGNES SOLIDES. — Les *odontomes* solides ont un aspect typique qu'on ne retrouve dans aucune variété de tumeurs des mâchoires: c'est une ombre arrondie, à contours quelquefois irréguliers,

Nature de la Tumeur	FORME	CONTOURS DE LA COQUE	DESTRUCTION DE L'OS	RÉACTION OSSEUSE
Sarcome	Lacunes à limites irrégulières ou zone plus foncée que le reste de l'os sans structure nette ; en cas de sarcome ossifiant ombre opaque sans architecture trabéculaire		La corticale de l'os est détruite et les parties molles envahies	Périostite discrète et hyperostose
Epith ^a secondaire	Microgéodes multiples et régulières		Corticale intacte	Pas de réaction périostique
Ostéomyélite			Présence de séquestresquelquefois	Réaction périostée intense
Ostéite 2			Corticale intacte sauf fistulisations	Epais fourreau périostique avec structure trabéculaire
Tuberculose	Géode		Raréfaction osseuse autour de la géode ; quelques infiltrations des parties molles	Peu ou pas de réaction périostique
Kyste osseux	Géode régulière	Contours de l'ombre osseuse soufflés	Corticale respectée	Pas de réaction périostique
Tumeur à myéloplaxes	Aspect boursofflé de l'os, image multiloculaire	Contours nets, circulaires	Corticale refoulée, amincie, mais non détruite	Pas de réaction périostique

située dans le corps du maxillaire et souvent au sein d'une cavité kystique.

Ostéome et fibro-ostéome présentent des stries longitudinales ou parallèles à l'axe de l'os (tandis que dans l'ostéosarcome, ces stries sont plutôt irrégulières et ont tendance à s'orienter perpendiculairement à l'axe.

Les tumeurs à cellules géantes se présentent avec un aspect de kyste parcouru par des trabéculations, mais la densité est plus considérable que dans les kystes vrais.

Les *fibromes* ont les caractères des tumeurs bénignes; ils sont ordinairement développés aux dépens du périoste; dans quelques rares cas ils ont une origine médullaire; souvent ils présentent une tendance à la calcification. Le diagnostic radiologique est aisé dans les cas typiques.

Les *myxomes* n'ont pas de caractéristique radiologique; ils donnent une image de tumeur bénigne, mais ne révèlent par leur nature à l'écran.

La *léontiasis ossea* se traduit par un épaissement diffus de la face; l'évolution commence autour des cavités orbitaire et nasale et se poursuit vers le corps du maxillaire. Elle s'accompagne de signes radiologiques de syphilis osseuse.

TUMEURS BÉNIGNES KYSTIQUES. — Dans les *adamtinomes*, on observe un aspect multiloculaire avec trabéculatation typique. Cependant, dans les vieux kystes, l'os est souvent détruit, laissant seulement une mince cloison fibreuse sur la plus grande partie de la tumeur;

le reste de la tumeur présente le caractère multiloculaire. L'adamantinome apparaît quelquefois aussi comme un kyste uniloculaire sans trabéculatation apparente alors que l'intervention montre une série de kystes développés sur la grande poche. Quelquefois, encore, l'adamantinome uniloculaire peut en imposer à la radiographie pour un kyste simple; la localisation assez particulière de ce type à l'angle de la mâchoire inférieure peut aider dans une certaine mesure au diagnostic radiologique.

Le *kyste simple* est à deux types: une première variété, le *kyste dentigère* n'a pas d'aspect caractéristique; la seconde, *kyste folliculaire*, montre à la radiographie une dent partiellement développée dans une cavité uniloculaire.

Il existe un *groupe indéterminé de kystes à étiologie indécise* sans caractéristiques radiologiques; le siège électif est l'angle ou la branche ascendante du maxillaire.

L'*ostéite fibreuse kystique généralisée* affecte rarement les maxillaires. Elle se présente sous forme d'aires kystiques multiples situées sous un cortex mince; à la structure osseuse normale se substituent des trabécules délimitant des cavités de taille et de forme variables. On peut observer une destruction locale du cortex.

TUMEURS MALIGNES. — Leur caractéristique majeure au point de vue radiologique est l'invasion progressive et destructrice.

Les *tumeurs primitives superficielles* (épithélioma pavimenteux, sarcome périostique) se traduisent à un stade évolutif assez avancé par une destruction du maxillaire qui débute par le périoste et gagne peu à peu le corps de l'os sans aucune tendance à la production de tissu osseux. À un stade précoce, elles ne peuvent se différencier d'un état inflammatoire.

Les *tumeurs primitives centrales* à évolution lente donnent une image kystique avec dépôt d'os sous le périoste, analogue à celle d'un kyste simple. Si la tumeur est d'évolution rapide, on constate une destruction de l'os; autour de la tumeur, le squelette donne l'impression d'être rongé par les vers ou encore l'os présente un bord taillé nettement, comme si l'on avait pratiqué une résection de la mâchoire; il n'y a pas de dépôt d'os néoformé.

Les *tumeurs métastatiques* ne se différencient pas des tumeurs primitives.

TUMEURS INFLAMMATOIRES. — Qu'il s'agisse de *kystes inflammatoires* secondaires à une infection dentaire, d'*ostéite chronique*, le radiogramme montre dans cette variété de tumeurs, un contour normal de l'os avec des épaissements plus ou moins importants; la densité dans l'ostéite chronique est variable suivant les zones.

Les conclusions de cette étude sont les suivantes pour New et Figi : la radiographie est une exploration de grande valeur pour le diagnostic de certains types de tumeurs des mâchoires, telles que léontiasis, odontomes solides ou kystiques, adamantinomes. Par contre, une tumeur kystique uniloculaire du maxil-

iaire peut être un kyste bénin, un carcinome central, un endothéliome, une tumeur à cellules géantes, un fibrome, un myxome ou un odontome kystique; la densité variable et la présence de stries peuvent aider au diagnostic différentiel. Dans les cas douteux, il est nécessaire de recourir à l'examen microscopique.

Notre observation II montre combien cette conclusion est justifiée.

Un exemple emprunté à Chenet, illustrera aussi cette opinion et montrera combien il pourrait être dangereux dans certains cas de se fier aveuglément à un résultat radiographique: « Il s'agissait, écrit Chenet, d'une tuméfaction siégeant au maxillaire inférieur, au niveau des incisives. Le sujet avait vu un chirurgien qui avait conclu à l'existence d'un kyste dentaire et avait procédé à un curettage de ce kyste. Or, quelque temps après, la tuméfaction se reformait et prenait de plus en plus d'extension. Le médecin traitant, craignant autre chose qu'un kyste dont il ne trouvait pas les symptômes nets, m'adressa son malade... Je trouvai un maxillaire inférieur épaissi, une muqueuse infiltrée, violacée, pas de crépitation parcheminée; à la ponction, pas de liquide kystique ou purulent, un peu de sang.

Je fais radiographier le patient : le radiographe conclut à un kyste multiloculaire. On voyait, en effet, dans la masse du maxillaire, une série de zones claires qui, pour un maxillaire inférieur, pouvait, en effet, plaider en faveur de ce diagnostic. Mais le radiographe ne s'occupait pas de symptômes cliniques et il rassura si bien le patient, que celui-ci m'apporta, radieux, sa radiographie, croyant n'avoir besoin que

d'un curettage bien fait. J'étais moins satisfait que lui... Le patient est présenté au professeur Sébilleau et le diagnostic de tumeur maligne est posé: il fut du reste vérifié chirurgicalement et microscopiquement ».

Il semble, quand on consulte la littérature, en grande partie étrangère d'ailleurs, concernant les résultats de la radiographie dans le diagnostic des tumeurs des mâchoires, que dans cette partie du squelette, il est plus malaisé qu'ailleurs de se faire une opinion. La raison nous paraît devoir en être recherchée dans la grande variété des tumeurs spéciales à cette région d'une part; d'autre part, il y a lieu sans doute de considérer, comme le remarque Chenet, que la structure spéciale du squelette facial rend difficile souvent l'interprétation de certains détails : il existe, en effet, à ce niveau une grande superposition de plans, en raison de la présence de cavités naturelles, de sorte qu'il est malaisé souvent de se rendre compte si telle zone claire ou obscure représente un processus pathologique ou répond à un état normal. L'argument ne vaut sans doute que pour la mâchoire supérieure; mais il faut tenir compte aussi de la part importante qui revient aux tumeurs qui s'y développent dans le total des faits observés. Oschner, par exemple, pour cent cas trouve 67 carcinomes (47 à la mâchoire inférieure, 20 à la mâchoire supérieure), 16 sarcomes dont 8 à la mâchoire supérieure.

Un autre point qu'il n'est peut-être pas inutile de mettre en valeur comme susceptible d'expliquer des erreurs d'interprétation dans les radiogrammes, c'est la faculté que possède tout tissu conjonctif de fabriquer

de l'os. Nous aurons dans un chapitre ultérieur l'occasion de préciser cette notion que nous ont révélée il y a peu de temps les nombreux et importants travaux de Leriche et Policard. Il va de soi que si un tissu conjonctif a fabriqué des travées osseuses, celles-ci vont se traduire sur le cliché radiographique par des ombres diversement entre-croisées, réalisant l'aspect en logettes décrit comme caractéristique de certaines variétés de sarcomes et plus spécialement des tumeurs à myéloplaxes.

Cette circonstance réalisée pour notre observation II se serait certainement produite à propos de notre observation I; le microscope montre, en effet, dans la partie profonde de la tumeur, laquelle est de nature incontestablement inflammatoire, la présence de lamelles osseuses. Si la malade eût été radiographiée, il est possible qu'on eût été tenté de considérer qu'il s'agissait d'un sarcome.

Il ne paraîtra donc pas excessif que, tout en rendant à la radiologie la justice qui lui est due, tout en convenant qu'elle peut être d'une grande utilité en matière de diagnostic des tumeurs des mâchoires, nous pensons qu'elle peut se trouver en défaut, livrée à ses seules ressources.

LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE DES TUMEURS DES MACHOIRES

Nous avons montré précédemment que les seules ressources de la clinique ne permettent pas toujours à l'observateur le plus compétent de se faire une opinion nette sur la nature d'une tumeur des mâchoires. L'exploration radiologique, parfois d'un précieux secours, ne saurait fixer dans tous les cas. C'est, en définitive, à l'histologie que revient le dernier mot.

On aurait mauvaise grâce à méconnaître que, dans l'énorme majorité des cas, l'évolution clinique confirme les données microscopiques, quand les coupes ont été interprétées par un anatomo-pathologiste averti. Il n'est pas toutefois sans exemple que des erreurs aient été constatées à l'actif de cette exploration, ordinairement précise entre toutes. Il s'agit surtout, en l'occurrence, de confusions entre tumeurs inflammatoires et sarcomes. Et c'est toute la question des fausses tumeurs malignes qui se pose ici.

« L'inflammation simple, écrit Durante dans un mémoire déjà ancien, mais toujours d'actualité, peut, en effet, déterminer des néoplasies à marche progressive, susceptibles même de récurrence sur place et dont la structure simule plus ou moins le tissu sarcomateux,

mais qui, malgré ces caractères, ne sont pas des tumeurs malignes ».

La cavité buccale est un milieu très favorable au développement de germes pathogènes extrêmement nombreux et variés; les caries dentaires constituent autant de foyers septiques. Il semble donc que, plus encore au niveau des maxillaires qu'en tout autre point de l'économie, on doive avoir affaire à des tumeurs inflammatoires, la tuberculose et la syphilis n'étant pas moins communes.

« L'épulis, écrit encore Durante, peut réaliser les aspects histologiques de toutes les variétés de sarcome avec ou sans cellules géantes, et récidive sur place après exérèse incomplète. Ce n'est cependant pas le plus souvent une tumeur maligne, mais simplement une réaction subaiguë du périoste et du tissu conjonctif sous-muqueux vis-à-vis d'un agent microbien ou d'un corps étranger (débris alimentaire, tartre, épine osseuse contondant la gencive) fixé soit dans le tissu conjonctif, soit contre l'alvéole... »

La confusion entre tumeur inflammatoire et sarcome s'explique par le fait que, sous l'influence d'un agent infectieux à virulence faible, les cellules fixes du tissu conjonctif prolifèrent de façon assez active, prennent une forme arrondie ou fusiforme, s'ordonnent quelquefois en tourbillons, ayant des dimensions variables, réalisant un véritable aspect sarcomatoïde. Sans doute, il est de règle qu'on trouve dans les lésions inflammatoires des vaisseaux néoformés, des éléments leucocytaires, des productions fibreuses déjà organisées. Mais les vaisseaux sans paroi propre peuvent paraître

bordés de cellules fusiformes et quand on observe des coupes de minuscules fragments tumoraux prélevés en vue d'une biopsie, on peut très bien comprendre que la coupe ne porte que sur une zone d'aspect sarcomateux où l'on ne trouve aucune des caractéristiques du tissu inflammatoire.

Le problème se complique peut-être encore du fait de la constatation d'éléments multinucléés. Le myéloplaxe, dit-on classiquement, présente une répartition périphérique des noyaux. Cette distinction est purement théorique. Certaines formations inflammatoires banales, ou spécifiques, comme la tuberculose, la syphilis, offrent des éléments très analogues et l'école lyonnaise avec Tripier, a depuis longtemps insisté sur la fragilité d'une distinction entre myéloplaxes et cellules géantes spécifiques par le seul aspect morphologiques. A Montpellier, MM. Forgue et Massabauan ont montré que dans certaines variétés hypertrophiques de la tuberculose, les follicules font souvent défaut et les cellules géantes sont alors fréquemment interprétées comme des myéloplaxes.

Du reste, encore que de nombreux auteurs classiques continuent à ranger les tumeurs à myéloplaxes au nombre des sarcomes, on tend de plus en plus, semble-t-il, à les distraire de ce cadre et à les faire entrer dans celui de l'inflammation. Dès 1887, Désiré de Fortiunet, dans un mémoire consacré aux tumeurs des gencives, sous l'inspiration du Professeur Bard, admettait l'origine inflammatoire du sarcome à myéloplaxes. Depuis longtemps notre maître, M. le Professeur Grynfeldt professe une opinion assez voisine. Adoptant en

ce qui concerne le myéloplaxe, l'interprétation de Malassez, que M. le Professeur Vialleton admet dans son enseignement oral, M. le Professeur Grynfeldt considère les tumeurs à myéloplaxes comme des angiofibromes de nature inflammatoire. C'est assez dire combien les distinctions si nettes que donnent les traités entre les sarcomes et les lésions inflammatoires sont du pur schéma et que le diagnostic est quelquefois extrêmement malaisé.

On pourrait en dire autant de la différenciation entre les lésions inflammatoires et le fibro-sarcome, avec le myxo-sarcome, car il n'est pas exceptionnel qu'au cours d'une inflammation subaiguë une infiltration oedémateuse réalise un aspect myxoïde.

L'interprétation se complique encore si l'on observe, comme dans un de nos cas, la présence dans les coupes de tissu ostéoïde ou même d'os vrai. Les travaux de Leriche et Policard nous ont révélé que tout tissu conjonctif, est susceptible de s'ossifier, pourvu que se trouvent réalisées certaines conditions locales, consistant en modifications histologiques du tissu conjonctif (stase de la lymphe interstitielle, absence de polynucléaires à aptitudes protéolytiques, transformations de la trame de fibroglye) et un état humoral particulier de surcharge calcique. On ne saurait donc conclure de la présence de travées osseuses au sein d'un tissu d'aspect sarcomatoïde à un ostéo-sarcome.

Bergeret et Renaud, étudiant par exemple, une tumeur de la mâchoire supérieure, ont trouvé ici un aspect de fibrome calcifié, là un aspect d'ostéome, ailleurs des images de sarcome ossifiant. Ces auteurs

estiment qu'une telle architecture n'est compliquée qu'en apparence: « Il s'agit en fait, disent-ils, d'une prolifération néoplasique conjonctive aboutissant par endroits à l'édification de travées osseuses, en d'autres, à celle d'un tissu fibreux hyalin calcifié ». Et ils concluent, malgré leur diagnostic de fibro-sarcome ossifiant, à un pronostic bénin.

Nous emprunterons à Durante, la conclusion de ce chapitre: « En clinique, dit cet auteur, en présence d'un état morbide qui peut résulter de causes très diverses, on s'informe de l'évolution antérieure afin d'établir le diagnostic et le pronostic. Il doit en être de même en anatomie pathologique, où des lésions de même apparence peuvent avoir des origines diverses et relever de processus différents.

» Cette anamnèse, que l'on néglige trop facilement, s'appuiera sur les renseignements cliniques presque toujours indispensables à connaître, et sur la comparaison des lésions dont l'évolution n'est pas partout au même degré.

» Les lésions en elles-mêmes sont, en effet, le plus souvent banales, ou rentrent dans de grandes catégories que des causes diverses peuvent provoquer. Ce que nous voyons sur les coupes n'est jamais qu'un moment de leur évolution et il importe d'y suivre, non seulement l'évolution des tissus, mais aussi les transformations successives plus délicates des éléments cellulaires au cours du processus pathologique, de se représenter constamment, en lisant une préparation, les phases antérieures qui y ont abouti.

» Cette recherche, cette étude critique, très différente

du simple examen objectif de la coupe, demande, il est vrai, une certaine expérience. Mais c'est en reconstituant ainsi les étapes successives, en cherchant à *déterminer, non pas la lésion, mais le processus général en jeu*, que l'on peut seulement arriver à établir la véritable signification des modifications observées et à fixer un diagnostic que toute autre méthode aurait souvent laissé hésitant ».

Si l'on se reporte aux examens histologiques qui illustrent nos observations, il n'est pas malaisé de se rendre compte des analogies que présentent à un examen superficiel les deux préparations avec des sarcomes à myéloplaxes, la différence morphologique est, en effet, minime.

La seule distinction entre les deux variétés de néoplasies réside dans la présence, sur les coupes de nos tumeurs inflammatoires de cellules mononucléées péri-vasculaires ou non, dans l'absence au contraire de monstruosités cellulaires, dans l'aspect particulier des vaisseaux. Durante, dans son travail déjà cité, rappelle que Brault avait insisté sur le polymorphisme cellulaire à propos de l'étude du bourgeon charnu : c'est ce polymorphisme cellulaire qui incite dans nos cas à pencher pour la nature inflammatoire des lésions. Encore pourrait-on se demander légitimement, dans certains cas, s'il n'y aurait pas à discuter l'hypothèse d'un sarcome ulcéré et secondairement infecté.

L'évolution post-opératoire semble donner raison à l'interprétation de notre Maître, M. le Professeur Grynfeldt; la guérison se maintient parfaite depuis plus d'un an et les notions que nous possédons sur la mali-

gnité des sarcomes, nous autorisent à penser, qu'avec une opération aussi économique, une récurrence locale ou à distance se serait déjà produite dans l'hypothèse d'une tumeur conjonctive maligne.

La parenté morphologique étroite que nous soulignons, après tant d'autres, entre les sarcomes à myéloplaxes et les tumeurs inflammatoires comme celles que nous rapportons, a d'ailleurs plus qu'un intérêt pratique. Elle a aussi un intérêt doctrinal et met en discussion la place qu'il convient d'assigner dans la classification des tumeurs aux tumeurs à myéloplaxes. Nombreux sont les auteurs qui se refusent à les considérer comme une variété de sarcomes et qui les assimilent aux tumeurs inflammatoires. Nous avons déjà eu l'occasion de dire les raisons qui ont incité notre maître, M. le Professeur Grynfeldt à adopter ce point de vue et à les considérer comme des angio-fibromes.

CONCLUSIONS

L'étude clinique, qui doit, en matière de tumeurs des mâchoires comme partout ailleurs, être mise au premier rang de toutes les explorations, ne peut pas toujours permettre un diagnostic précis.

La radiographie est un auxiliaire précieux; il s'en faut toutefois qu'elle fasse toujours la lumière sur le cas considéré. Peut-être se montre-t-elle particulièrement défailante en présence de tumeurs du maxillaire supérieur, dont l'architecture spéciale gêne les interprétations délicates.

L'histologie est à peu près toujours concluante. Il convient toutefois de ne pas se laisser égarer par de faux aspects sarcomateux souvent réalisés par les tumeurs inflammatoires et de suivre sur une coupe assez étendue l'évolution anatomique des lésions que l'on confrontera toujours avec l'étude clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Sarcomes à myéloplaxes du maxillaire supérieur. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1920, p. 1099.
- BERGERET et RENAUD. — Fibro-sarcome ossifiant du maxillaire supérieur. *B. et M. de la Soc. Anat. Paris*, 1920, p. 625-627.
- BEVAN (A.-D.). — Sarcoma of lower jaw. *Surg. Clin. Chicago*, 1918, p. 727-731.
- BORAK. — 15 jähriger Patient mit 2 jähriger Heilung eines Unterkiefersarkomes. *Wiener Med. Wochenschrift*, 1925, p. 725.
- BORCHERS (E.). — Differential diagnostische Gesichtspunkte für die Beurteilung von Geschwülsten im Bereich der Mundhöhle und der Kiefer. *Deutsche Monatsch. f. Zahnheilkunde*, Berlin. 1924, p. 241-251.
- BULL (L.-B.). — Pathological report (tumor of superior jaw). *Med. J. Australia*, 1918, p. 324-326.
- CASTAN. — Des tumeurs inflammatoires en général et des membres en particulier simulant le sarcome. Thèse Toulouse, 1913, n° 53.
- CHENET (H.). — Interprétation des radiographies dans le cas de lésions des maxillaires. — *Odontologie*, 1923, p. 624-631.

- DELANOÉ (Mme). — Ostéopériostite syphilitique du maxillaire inférieur simulant un ostéosarcome *Marseille Médical*, 1924, p. 1325.
- DESTOT. — Diagnostic radiographique des ostéosarcomes. *Lyon Méd.*, 28 mai 1911, p. 977.
- DURANTE. — De l'inflammation subaiguë et des pseudo-sarcomes inflammatoires. *Presse Médicale*, 26 octobre 1912.
- FORGUE et MASSABUAU. — Tuberculose hypertrophique pseudo-néoplasique des gâines tendineuses. *Presse Médicale*, 1912.
- FORTUNET (Désiré de). — Notes sur quelques cas de tumeurs des gencives. *Revue de Chirurgie*, 1887, p. 786.
- GIBLY (H.-J.). — Sarcoma of the jaw, with case report. *Boston Med. and Surg. Journal*, 1922, p. 602.
- GUY (W.). — Malignant néoplasms. *Brit. dent. Journ.*, 1920, p. 133-135.
- HUET. — Contribution à l'étude des tumeurs des os. Thèse Paris, 1925, n° 437.
- JACQUES et COULET. — Sarcome? du maxillaire supérieur. *Revue Méd. de l'Est*, 1920, p. 756.
- LAUZE (Eloi). — Contribution à l'étude de l'épithélioma adamantin. Thèse Montpellier, 1924.
- LERICHE et POLICARD. — Mécanisme histologique de la formation de l'os nouveau au cours de la régénération osseuse chez l'homme. *Acad. Sciences*, 21 janvier 1918,

- Mémoires divers. *Soc. Biologie, Soc. Chirurgie, Presse Médicale*, 1918. et *Lyon Chirurgical, Soc. Chirurgie*, 1919.
- Physiologie normale et pathologique de l'os (Masson, 1926).
- MILIAN. — Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur chez une jeune femme de 24 ans. *Bull. de la Soc. fr. de dermatol. et syph.*, 1920, p. 146.
- MOULONGUET (P.). — Des renseignements à attendre de la radiographie dans le diagnostic des tumeurs osseuses. *Pratique méd. française*, juillet 1926, p. 313.
- MOULONGUET et LIESCHITZ. — *Journ. de Chir.*, fév. 1926.
- MUMMERY. — Mandibular sarcoma in an infant. *Brit. J. Dent. Sc.*, 1923, p. 507 et LANUT, 1922, p. 531.
- NEW (G.-B.) and FIGI (F.-A.). — Value of Xray in diag. of tumors of the jaws. *Journ. am. med. Assoc. Chicago*, 1924, vol. 83, n° 20, p. 1555-1558.
- NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD. — Sur une tumeur centrale du maxillaire inférieur. *Revue de Chir.*, 1894.
- OCHSNER (A.-J.). — Clinical observations concerning malignant tumors of the jaws. *Trans. Am. surg. Assoc.*, 1918, p. 357-365 et *Annals of Surgery*, 1918, p. 136-140.
- OMBRÉDANNE. — Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, 1909, vol. XVI.
- PEARSON (L.-W.). — Sarcoma of the superior maxilla. *Long. Island med. Journ. Brooklyn*, 1917, p. 434.

- PETIT (J.). — Sarcome à myéloplaxes de la mâchoire inférieure. *Normandie méd.*, 1921, p. 75.
- PETIT (J.-A.). — Mandibular tumors. *Dental Summary Toledo*, 1922, p. 304-309.
- PIERSON (J.-W.). — Some roentgenological observations on the diagnosis of tumors of the jaw. *Am. J. Roentgenol.* New-York, 1918, n. s. p. 91-95.
- POLAILLON. — Epithélioma paradentaire présentant tous les signes des sarcomes du maxillaire inférieur. *Union Méd.*, 1889.
- POMPILLO MARTINEZ (N.). — Tumores malignos de los maxilares en la region del interior de Colombia. *Repert. de med. y chirurg.* Bogota, 1917-18, p. 289 et 322.
- PORTMANN et HOCHWELTER. — Ostéosarcome bilatéral des maxillaires supérieurs, *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 1923, p. 410-416.
- RECLAR. — Tumeurs du maxillaire inférieur. Thèse Montpellier, 1910, n° 86.
- REDER (F.). — Giant. cell. epulis of upper jaw. *Surg., gynec. and obstetric Chicago*, 1917, p. 680-682.
- SERRE. — Contribution à l'étude des tumeurs inflammatoires simulant les sarcomes. Thèse Montpellier, 1913, p. 105.
- TAVERNIER. — Valeur de la radiographie dans le diagnostic des tumeurs des os. *Lyon Chir.*, XXI, n° 1, janvier-février 1924.

TOMASINI. — Contribution à l'étude de l'ostéosarcomé
du maxillaire inférieur. Thèse Paris, 1908,
n° 400.

WEINAERTNER. — Ein Fall von malignem Blastom bei-
der Oberkiefer. *Berliner klin. Wochensch.*,
1917, p. 122.

En ma qualité de censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre :

*A propos de deux cas de
tumeurs des maxillaires.*

par M. Jean VAUVILLIER

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 2 janvier 1927

Le Professeur,
GRYNFELT.

Vu :

Montpellier, le 4 janvier 1927

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 5 janvier 1927

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

